

【指定申請等に係る添付書類一覧表】

| 添付すべき書類 | | サービス種類 | | | | | | | | | | | | | 参考様式 |
|-----------|---------------------------------------|---------------|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------|------------|--------------------|--------------------|-------|------|
| | | 夜間対応型 訪問介護 | 認知症 対応型 通所介護 (介護予防) (共用型) | 小規模 多機能型 居宅介護 (介護予防) | 認知症 対応型 共同生活 介護 (介護予防) | 地域密着型 特定施設 入居者 生活介護 | 地域密着型 介護老人 福祉施設 入居者 生活介護 | 定期巡回・ 随時対応型 訪問介護 看護 | 看護小規模 多機能型 居宅介護 | 地域密着型 通所介護 | 居宅介護 支援 | 訪問介護 相当 サービス | 通所介護 相当 サービス | | |
| 申請書付表及び別添 | | 付表1 | 付表2-1 又は2-2 | 付表3 | 付表4 | 付表5 | 付表6 | 付表7 | 付表8 | 付表9 | 付表 | 付表 | 付表 | | |
| 1 | 登記事項証明書又は条例等 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| 2 | 特別養護老人ホームの認可証等の写し | | | | | | ○ | | | | | | | | |
| 3 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式1 | |
| 4 | 管理者の経歴 | ○ | ○※1 | ○※1 | ○※1 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○※2 | ○ | ○ | 参考様式2 | |
| | 計画作成担当者の経歴 | | | | ○※4 | | | | | | | | | 参考様式2 | |
| | 生活相談員の経歴 | | | | | | | | | ○ | | ○ | | 参考様式2 | |
| | サービス提供責任者の経歴 | | | | | | | | | | | ○ | | 参考様式2 | |
| 5 | 平面図 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式3 | |
| 6 | 設備等一覧表 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | 参考様式4 | |
| 7 | 本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間 | | | | | | ○ | | | | | | | | |
| 8 | 併設する施設の概要 | | | | | | ○ | | | | | | | | |
| 9 | 運営規程 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| 10 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式5 | |
| 11 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容 | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | | | | |
| 12 | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要 | | | ○ | ○ | | | | ○ | | | | | | |
| 13 | 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容 | | | | | | | | | | ○ | | | 参考様式8 | |
| 14 | 誓約書(別紙①から別紙⑤のうち該当するものを添付) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 参考様式6 | |
| 15 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号(研修終了証及び登録証の写しを添付) | | | ○※3 | ○※4 | ○ | ○ | | ○※3 | | ○ | | | 参考様式7 | |
| 16 | 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |

※1：認知症対応型サービス事業管理者研修修了証の写しを添付ください。

※2：主任介護支援専門員研修修了証の写しを添付ください。

※3：小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了証の写しを添付ください。

※4：実践者研修又は基礎課程修了証の写しを添付ください。